

**Modulo di richiesta per inserimento in elenco
per la distribuzione delle credenziali di accesso per l'invio telematico
delle certificazioni di malattia
(circolare FNOMCeO n. 4 del 25.01.2011)**

Il sottoscritto _____

Nato a _____ C.F. _____

iscritto all'Albo _____ (specificare se

Medici Chirurghi o Odontoiatri) della provincia di Venezia al N. _____

Residente in _____

Via _____ n. _____

E-mail _____ PEC _____

Tel. _____ cell. _____

Per l'esercizio della propria attività di:

CHIEDE

DI ESSERE INSERITO NELL'ELENCO CHE L'ORDINE STA PREDISPONENDO PER LA
DISTRIBUZIONE, AI MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI, DELLE CREDENZIALI DI ACCESSO
(PIN) PER L'INVIO TELEMATICO DELLE CERTIFICAZIONI DI MALATTIA.

Data _____

FIRMA
